

福祉医療費支給申請書

年 月 日

飛驒市長 あて

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話 - - \_\_\_\_\_

受給資格者 (患者名)	受給資格者 番 号	申 請 者 との続柄
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	

年 月中に診療等を受けたので医療費の支給を申請します。

保 険 医 療 機 関 等 証 明 書

1 入 院	1 国 保	1 7 割	3 9 割
2 入院外	2 社 保		
3 訪問看護	3 退職者	2 8 割	4 定額
	4 後期高齢者		
診 療	月	年 月分	
保 険 総 点 数	点		
上記のうち他法公費負担対象点数 (再掲)	点		
一部負担額(患者負担額)	円( 点)		
上記金額は、領収済であることを証明する。 年 月 日 所在地 医療機関名 名称 開設者名 (印)			

この欄は、医療機関等での証明の前に必ず記入してください  
10割負担の場合には、この証明を書かないでください

決 裁	受付	年 月 日			
	決定	年 月 日			
	支給	年 月 日			
支 給 内 訳	総医療費	控 除 額 の 内 訳			支 給 決 定 額 A - D
	A	法定保険給付費 B	附加給付費 C	控除額の計 (B + C) D	

振込先	金融機関名・支店名	口座名義	口座種別	口座番号
			普通・当座	